

Améliorer la formation des soignants

Cet ouvrage traite de situations courantes qui ne relèvent pas de connaissances spécialisées. Leur dénouement repose essentiellement sur l'utilisation rigoureuse de compétences de base en soins infirmiers. Comme le relève le psychiatre et psychothérapeute Laurent Morasz, « la souffrance n'appartient à aucune discipline, ni à aucune spécialité ; elle relève avant tout de l'humain et de sa globalité somato-psychique »²⁵. Il rapporte l'histoire d'un patient hospitalisé pour une crise d'asthme ayant nécessité une intubation avec curarisation. La surveillante du service l'avait appelé car le patient posait problème : « Il déprime totalement. Il ne sort pas de son lit, ne mange plus depuis trois jours et ne parle plus à personne [...] On ne sait plus quoi faire de lui [...] ». Une fois que Morasz eut écouté le patient dans le peu qu'il partageait et reconstitué avec le médecin son histoire récente, il comprit que le malade croyait – s'étant senti paralysé – avoir fait une attaque cérébrale : personne ne lui avait expliqué qu'il avait été curarisé. Il préférait dès lors mourir que faire des attaques successives et rester profondément diminué, comme son grand-père quelques années auparavant²⁶. Dénouer de telles situations ne requiert pas des compétences particulières. Ceci demande principalement de l'empathie, de l'écoute et de la reformulation.



Dès l'instant où le corps infirmier prétend s'occuper du patient avec humanisme et dans sa globalité, il doit le mettre en évidence dans sa pratique. Une meilleure maîtrise des concepts de soins spécifiques à son champ professionnel, de meilleures connaissances en lien avec la douleur (voir ci-après), ainsi qu'un renforcement des compétences dans le domaine de l'éthique relationnelle (fiche 62) appliquée au quotidien des soins et de la vie d'équipe me paraissent des priorités. Une importance accrue devrait également être accordée aux capacités socio-émotionnelles des soignants et des cadres, leur travail les exposant continuellement à la souffrance et au stress¹.

¹ Voir chapitre 10.

²⁵ Laurent Morasz, *Le soignant face à la souffrance*, éd. Dunod, Paris, 1999, p 41.

²⁶ Ibid., pp. 20–23.

Fiche 62

Pour une éthique compassionnelle et relationnelle

Vivre, mourir, soigner, génère des émotions et des réactions intenses, faites bien souvent de plus de peurs, de chagrins ou de colères, que de joies. Elles conditionnent nos capacités à être avec les autres ainsi que notre façon de communiquer. Agressivité, mépris ou ironie peuvent alors fuser au risque de blesser. Comme le rappelle pourtant le Dalai-Lama, il existe d'autres chemins pour « réduire la peur et l'anxiété, qui n'abîment pas l'intelligence... Donner plus de place à la compassion et à la bonté »¹. Compatir, plutôt qu'agresser à son tour, blesser, se venger.

Compatir implique de rejoindre l'autre dans sa souffrance, de tenter de le comprendre, comme nous y invitait Malraux lorsqu'il affirmait que « juger, c'est ne pas comprendre, car si l'on comprenait, l'on ne pourrait pas juger ». N'est-ce pas là le début d'une démarche éthique ?

Le sociologue Edgar Morin relève que « ce qui unit l'éthique de la compassion à l'éthique de la compréhension, c'est la résistance à la cruauté du monde, de la vie, de la société, à la barbarie humaine »². Cette résistance implique de ne pas laisser nos peurs et nos colères ajouter de la violence à la violence. Elle appelle à construire jour après jour une éthique relationnelle qui préserve des coups bas, des alliances contre autrui, des remarques désobligeantes, des reproches et des accusations, des silences qui isolent.

Une telle approche implique de repenser la place de la souffrance, de l'empathie et de la compassion dans les professions soignantes. Elle incite à repositionner la formation à l'éthique des professionnels de la santé, en y donnant une place centrale à une éthique de la relation. La réalité quotidienne me semble plus faite d'interactions et de transactions que de questionnements thérapeutiques fondamentaux, questionnements sur lesquels les infirmières ont peu de pouvoir, alors qu'elles peuvent décider à chaque instant de l'orientation qu'elles désirent donner à leurs relations avec leurs pairs, les patients et leurs proches. Si la relation est au cœur du soin, peut-on être réellement soignant si elle n'est pas accompagnée d'un questionnement éthique ?

Don Miguel Ruiz nous incite à cette prise de distance à l'aide de son injonction : « Que votre parole soit impeccable »³. Rappelant le pouvoir à la fois bienfaisant et malfaisant des mots, il nous invite à nous séparer des jugements trop souvent contenus dans nos propos, jugements qui nous enchaînent – nous et ceux à qui nous nous adressons – au travers des croyances et des émotions qu'ils génèrent. Une parole impeccable⁴ conduit à l'abandon des rapports de force, ces derniers n'ayant aucune légitimité dans le cadre d'une éthique relationnelle et soignante. Elle favorise aussi un meilleur contrôle de soi, en limitant la parole spontanée qui jaillit chargée parfois de nos frustrations et de nos ressentiments.

Comme le relève V. Bergum citée par H. MacDonald⁵, « nous ne pouvons vivre bien de manière autonome, que si nous vivons bien ensemble ». Ainsi, « la nature et la qualité des relations des infirmières avec tous les individus, influençant directement ou indirectement leur travail, devient un champ de délibération morale »⁶. Ce n'est pas sans raison que le Conseil international des Infirmières, dans son Code de déontologie, recommande que « dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spiri-

tuelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés»⁷. Cette ambiance, rappelons-le à nouveau, s'adresse autant aux patients et à leurs proches qu'à ses pairs et *in fine* à l'infirmière elle-même.

¹ In *Éthique et Éducation*, Jeanne Mallet, Omega Formation, 2003, repris par : Évelyne Biaisser, *Éthique de la compréhension, compréhension de l'éthique dans l'accompagnement des projets complexes*, p.7, <http://www.mcxapc.org/docs/cerisy/a13-4.pdf>, cons. 09.06.08.

² In *Éthique*, éd. le Seuil, 2004, cité par É. Biaisser, op. cit. p. 8.

³ Don Miguel Ruiz, *Les quatre accords toltèques : la voie de la liberté personnelle*, éd. Jouvence, coll. Le cercle de vie, Bernex-Genève, pp. 37–52.

⁴ Pour un moyen simple et efficace, voir fiche 14, Les trois passoires proposées par Socrate.

⁵ Hannah MacDonald, Relational ethics and advocacy in nursing: literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57(2), pp. 119–126.

⁶ Ibid.

⁷ <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/code-deontologique-du-cii/>

Améliorer l'offre en soins face à la douleur

La douleur, lorsqu'elle n'est pas traitée, peut induire chez la personne un véritable calvaire, dans lequel chaque seconde dure une éternité et peut faire perdre tout contrôle et toute dignité. Pour la famille, assister impuissante à la souffrance d'un proche représente une expérience extrême, avec la culpabilité de ne pas pouvoir exercer efficacement son rôle de protection envers la personne malade et les colères et les éclats qui peuvent en découler, cette souffrance étant perçue comme une violation grave de l'humanisme auquel elle s'attend dans un lieu de soins. Face à l'absurdité de la douleur, «la souffrance doit devenir intolérable au vrai sens du mot, c'est-à-dire ne plus être tolérée et systématiquement traitée»²⁷. Or, la douleur n'est aujourd'hui encore pas toujours prise en compte de manière optimale. Un ensemble de facteurs s'y opposent : croyances erronées de soignants sur les risques d'accoutumance, de dépendance ou d'arrêts respiratoires liés aux morphiniques, conception historique qui veut qu'il soit normal de souffrir lorsqu'on est malade²⁸, refus d'écouter et de croire les patients qui ont mal et qui dérangent par leurs plaintes, infirmières qui n'arrivent pas à obtenir du corps médical les antalgiques nécessaires, soignants – tous corps professionnels confondus – qui s'illusionnent sur l'efficacité de certains antalgiques vis-à-vis de certaines douleurs... La liste n'est, de loin, pas exhaustive. Contrairement à ce que croient certains soignants qui voudraient que la souffrance soit rationalisable, la douleur est fondamentalement «une expérience personnelle qui engage la totalité du sujet et de son système d'intégration dans

²⁷ Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD) http://www.cnrdr.fr/article.php?id_article=497, cons. 16.01.18.

²⁸ Lucie Pelletier, Le contrôle de la douleur dans la dignité, *Entre vous & moi*, n° 8, 1999, http://www.vigisante.com/parutions/bulletins/PDF/EVM/Entrevousetmoi_Num8_fr.pdf, cons. 16.01.18.